

CRISE AIGUË HYPERTENSIVE OU URGENCE HYPERTENSIVE ?

Prise en charge d'une hypertension artérielle supérieure ou égale à 180/110 mmHg

Jean-Philippe Baguet

Unité d'hypertension artérielle, clinique de cardiologie, CHU de Grenoble, 38043 Grenoble Cedex 09, France.
jpbaguet@chu-grenoble.fr

Une pression artérielle supérieure ou égale à 180 mmHg pour la pression artérielle systolique (PAS) et/ou supérieure ou égale à 110 mmHg pour la diastolique (PAD) définit l'hypertension artérielle sévère ou grade 3.¹

Cette forme d'hypertension artérielle peut être asymptomatique ou non, traitée ou non, résistante ou non. Elle peut avoir été compliquée ou se manifester par une urgence hypertensive. Plus le niveau tensionnel est élevé, plus la probabilité qu'un patient ait un ou plusieurs symptômes en rapport avec cette élévation tensionnelle semble élevée. Cela n'est cependant pas vrai dans tous les cas, loin de là, certains sujets étant très

symptomatiques avec une hypertension tout à fait légère tandis que d'autres n'ont aucune plainte fonctionnelle alors que leur PAS dépasse les 200 mmHg ! Cela s'explique entre autres par la susceptibilité individuelle des patients, l'ancienneté de leur hypertension ou encore leur besoin d'être écoutés...

Le risque d'événement lié à l'hypertension artérielle, cardiaque, vasculaire, cérébral, ou rénal est proportionnel au niveau de la pression artérielle, chez l'homme comme chez la femme, chez le sujet âgé comme chez le plus jeune, pour la PAS comme pour la PAD. Une pression artérielle trop basse peut également être délétère, comme cela est le cas pour le myocarde quand la PAD atteint des

valeurs inférieures à 75 mmHg² ou pour le cerveau. Cela a pour conséquence pratique que la baisse de pression artérielle ne doit pas être trop importante, et ce d'autant plus que les chiffres tensionnels de départ étaient élevés.

Les deux formes traitées dans ce chapitre sont la crise aiguë hypertensive et les urgences hypertensives. La première (crise), trois fois plus fréquente,³ est définie par une élévation inhabituelle, souvent brutale, de la pression artérielle, au-delà de 180/110 mmHg, sans lésion aiguë d'un organe cible de l'hypertension artérielle. La seconde (urgence) se définit par l'association d'une hypertension artérielle grade 3 à une ou plusieurs atteintes aiguës d'un organe cible de l'hypertension artérielle. Les situations cliniques représentant les urgences hypertensives sont : un syndrome coronaire aigu, un syndrome aortique aigu (dissection, hématome ou fissuration d'un anévrisme) [v. figure], une insuffisance cardiaque gauche dont l'œdème aigu du poumon, une encéphalopathie hypertensive (par œdème cérébral), un accident vasculaire cérébral ischémique (constitué ou transitoire) ou hémorragique, une hémorragie sous-arachnoïdienne, une hémorragie aiguë d'origine artérielle, une hypertension artérielle postopératoire (en particulier après chirurgie cardiaque), une éclampsie (par ischémie utéro-placentaire), une insuffisance rénale aiguë ou rapidement progressive, une crise de phéochromocytome, une hypertension artérielle liée à

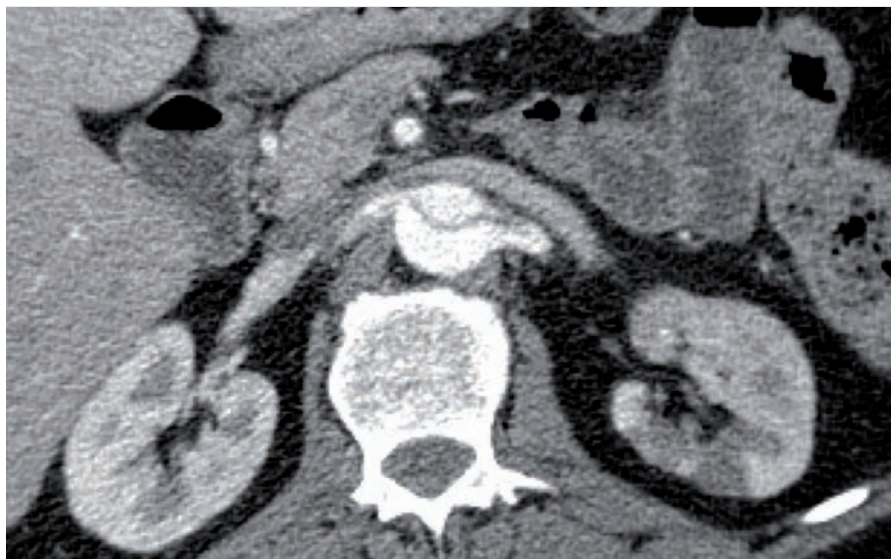


FIGURE Angio-tomodensitométrie abdominale montrant une dissection aortique de type B.

la prise de substances récréatives (amphétamines, LSD, cocaïne ou ecstasy) [tableau 1]. L'hypertension artérielle maligne est définie par l'association d'une hypertension artérielle sévère avec retentissement cardiaque, artériel, neurosensoriel et/ou rénal et d'un fond d'œil de stade 3 (exsudat et/ou hémorragie rétinienne) ou 4 (œdème papillaire).⁴ Avant l'ère des médicaments antihypertenseurs, la survie à 5 ans des patients ayant une hypertension artérielle maligne était de 1 % !⁵ Chaque urgence hypertensive nécessite une prise en charge spécifique.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE SÉVÈRE: QUEL BILAN RÉALISER ?

Le bilan initial du patient ayant une hypertension artérielle sévère est une étape indispensable et majeure. Il commence par l'interrogatoire du sujet sur son hypertension artérielle: cette hypertension est-elle connue? Quelle est son ancienneté? Est-elle traitée? Par quels médicaments? Quel est le niveau habituel de pression artérielle? Y a-t-il des arguments en faveur d'une hypertension artérielle secondaire? Il faut également chercher les antécédents personnels évocateurs d'un retentissement déjà présent sur les organes cibles de l'hypertension artérielle. De même, doivent être dépistés un ou plusieurs symptômes évocateurs d'une urgence hypertensive. Qu'il s'agisse d'une crise aiguë ou d'une urgence hypertensive, la recherche d'une prise de substance ou médicament hypertensiogène est indispensable.

L'examen clinique est une autre étape importante dans la dichotomie crise aiguë hypertensive ou urgence hypertensive. Il cherche une atteinte de un ou plusieurs organes cibles de l'hypertension, avec pour objectif de situer cette éventuelle atteinte dans un contexte chronique (anomalie connue du patient ou de son médecin?) ou aigu (s'agit-il d'une urgence hypertensive dans ce cas?). Des arguments pour une hypertension artérielle secondaire sont également recherchés.

TABLEAU 1

URGENCES HYPERTENSIVES

- Syndrome coronaire aigu
- Syndrome aortique aigu: dissection, hématome ou fissuration d'un anévrisme aortique
- Insuffisance cardiaque gauche dont l'œdème aigu du poumon
- Encéphalopathie hypertensive
- Accident vasculaire cérébral ischémique (constitué ou transitoire) ou hémorragique
- Hémorragie sous-arachnoïdienne
- Hémorragie aiguë d'origine artérielle
- HTA postopératoire
- Éclampsie
- Insuffisance rénale aiguë ou rapidement progressive
- Crise de phéochromocytome
- HTA liée à la prise de substances récréatives (amphétamines, LSD, cocaïne ou ecstasy)
- HTA maligne

HTA: hypertension artérielle.

TABLEAU 2

EXPLORATIONS DEVANT ÊTRE RÉALISÉES EN PRÉSENCE D'UNE HTA SÉVÈRE

- Interrogatoire minutieux
- Examen clinique (cardiaque, artériel, neurologique)
- Dosages biologiques
 - créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire
 - ionogramme plasmatique
 - hémogramme
 - bandelette urinaire avec recherche d'albumine et de sang
 - ionogramme urinaire
- Électrocardiogramme
- Échodoppler cardiaque
- Fond d'œil

HTA: hypertension artérielle.

En l'absence de critère de gravité, et si un effet ou une hypertension artérielle « blouse blanche » sont évoqués, un enregistrement ambulatoire de la pression artérielle, par automesure ou mieux

(mesures plus nombreuses, valeurs nocturnes, dépistage d'un pic tensionnel) par mesure sur 24 heures peut être proposé au patient.

En sus d'une éventuelle mesure ambulatoire de la pression artérielle (qui ne doit surtout pas retarder le diagnostic d'urgence hypertensive), plusieurs examens complémentaires doivent être réalisés dans les heures (en cas de suspicion d'urgence hypertensive) ou les jours (si on s'oriente vers le diagnostic de crise aiguë hypertensive) suivant le diagnostic d'hypertension artérielle sévère. Certains sont adaptés à la situation clinique (p. ex. tomodensitométrie [TDM] ou imagerie par résonance magnétique (IRM) encéphalique en cas d'accident vasculaire cérébral, dosage de la troponine plasmatique pour un syndrome coronaire aigu) alors que d'autres sont pratiqués systématiquement. Parmi ces derniers, créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, ionogramme plasmatique, hémogramme, bandelette urinaire avec recherche d'albumine et de sang, ionogramme urinaire, électrocardiogramme, échodoppler cardiaque et fond d'œil (tableau 2). S'il existe des arguments pour une cause spécifique à l'hypertension artérielle et/ou si celle-ci est résistante, des examens de laboratoire (en particulier dosages hormonaux dont dérivés méthoxylés) et/ou d'imagerie (dont angio-TDM abdominale à la recherche d'une sténose artérielle rénale) sont alors prescrits selon les recommandations en vigueur.¹

TRAITEMENT DE LA CRISE AIGUË HYPERTENSIVE

Le caractère sévère de l'hypertension artérielle est vérifié à plusieurs reprises au repos, au cours de la même consultation et selon les recommandations en cours, car une élévation tensionnelle brutale peut être le fait d'une contrainte psychosensorielle transitoire.¹ Une crise aiguë hypertensive ne nécessite le plus souvent pas d'hospitalisation.⁶ Sa prise en charge est le plus souvent ambulatoire, associant repos, règles hygiéno-

diététiques (limitation des apports sodés) et traitement antihypertenseur par voie orale. Si le patient est céphalalgique, un antalgique est prescrit, après s'être assuré qu'il ne s'agit pas là d'un des signes d'une urgence neurologique.

Le traitement antihypertenseur doit abaisser, de façon progressive, les chiffres tensionnels en 24 à 48 heures. Pour s'en assurer, le patient est revu et examiné par le praticien de façon quotidienne durant cette période. Les médicaments à privilégier, en l'absence de contre-indication, sont les antagonistes calciques, les bêtabloquants (labétalol) et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2). La pluri-thérapie, utilisant ou non des associations fixes, est le plus souvent nécessaire afin d'obtenir une baisse tensionnelle significative. Une baisse importante et rapide de la pression artérielle n'est pas souhaitable dans cette situation car elle semble plus délétère qu'autre chose. Les molécules d'action rapide sont à prescrire de même que la voie d'administration sublinguale.

Dans tous les cas, une hypertension artérielle secondaire doit être évoquée. Si une cause spécifique est retrouvée grâce à l'examen clinique et aux examens paracliniques réalisés, un traitement adapté est rapidement envisagé, parallèlement à celui de la crise hypertensive.

TRAITEMENT DE L'URGENCE HYPERTENSIVE

La suspicion ou le diagnostic avéré d'urgence hypertensive nécessite une hospitalisation immédiate dans une unité spécialisée de soins intensifs.

La prise en charge en urgence permet un monitoring étroit de la pression artérielle, une surveillance clinique rapprochée et une baisse tensionnelle adaptée plus ou moins rapide afin de limiter la progression de l'événement aigu vers des lésions irréversibles, voire le décès du patient, ainsi que le risque de survenue d'un syndrome coronaire aigu ou d'un accident vasculaire cérébral. Dans la plu-

part des cas, la baisse tensionnelle doit être rapide mais progressive, sans dépasser 25 % de la valeur initiale de la pression artérielle dans les deux premières heures.^{7,8} La baisse ultérieure de la pression artérielle est également progressive et adaptée à la situation et à l'évolution clinique.

L'accident vasculaire cérébral est une situation très particulière puisque l'hypertension artérielle, même sévère, doit le plus souvent être respectée, ou si une baisse tensionnelle est indiquée, celle-ci doit être limitée et très progressive.⁹⁻¹¹

Dans ces situations d'urgence, il est toujours difficile de faire la part des choses entre une poussée tensionnelle réactionnelle à la situation clinique et une lésion aiguë d'un organe cible secondaire à une élévation de pression artérielle souvent brusque et majeure.

En cas d'urgence hypertensive, les médicaments antihypertenseurs sont administrés par voie parentérale, essentiellement par voie intraveineuse. Le choix des médicaments est fonction de la situation clinique et des données propres au patient comme un antécédent d'asthme ou une insuffisance rénale avancée. Le nitroprussiate de sodium (Nitrate, vasodilatateur artériolaire et veineux utilisable seulement en milieu hospitalier) à la dose de 0,5 à 8 µg/kg/min, la nicardipine (Loxen, antagoniste calcique) à la dose de 2 à 10 mg/heure ou encore l'urapidil (Eupressyl, alphabloquant à action centrale) à la dose de 2 mg/min puis 9 à 30 mg/h peuvent être utilisés dans presque toutes les situations cliniques. L'isosorbide dinitrate (Risordan, vasodilatateur essentiellement veineux mais également artériolaire) est un médicament hypotenseur efficace dans l'urgence à la dose de 1 à 5 mg/heure, utilisé préférentiellement dans certaines situations (*v. infra*). Il en est de même pour le labétalol (Trandate, alpha- et bêtabloquant) à 1 mg/kg puis 0,1 mg/kg/heure et pour le furosémide (Lasilix, diurétique de l'anse) à 40 à 60 mg en bolus.

En fonction du type d'urgence hypertensive, certaines molécules ou classes

thérapeutiques sont à privilégier ou à l'inverse à éviter.

– En présence d'un syndrome coronaire aigu, les dérivés nitrés et les bêtabloquants sont utilisés en première intention (en l'absence de contre-indication comme un oedème aigu du poumon ou un choc cardiogénique pour les bêtabloquants). De même, l'hypertension artérielle sévère au cours d'un oedème aigu du poumon est traitée, de préférence par des dérivés nitrés et des diurétiques de l'anse, voire par de la morphine.

– Lors d'un syndrome aortique aigu, la pression artérielle est rapidement diminuée, avec un objectif de 100 mmHg pour la PAS¹² en utilisant un bêtabloquant associé à un dérivé nitré, à la nicardipine, au nitroprussiate de sodium ou encore à l'urapidil.

– Les crises subintrantes de phéochromocytome nécessitent l'utilisation d'un alphabloquant seul (urapidil) ou combiné à un bêtabloquant (labétalol). Un bêtabloquant seul (non associé à un alphabloquant) est contre-indiqué dans cette situation (risque accru de vasoconstriction et donc d'élévation tensionnelle). La nicardipine peut également être utilisée.

– En cas d'accident vasculaire cérébral ischémique, l'hypertension artérielle doit être respectée tant que le patient est instable, le plus souvent les premiers jours, afin que le territoire de pénombre ischémique ne se transforme pas en zone de nécrose.¹ Un seuil de pression artérielle à 220/120 mmHg doit être respecté dans les premières minutes et heures d'un tel événement cérébral.¹³ Ce n'est que lorsque la pression artérielle dépasse ce seuil qu'un traitement est instauré afin de diminuer les chiffres tensionnels de 10 à 15 %. Les médicaments prescrits sont alors la nicardipine, le nitroprussiate de sodium ou encore les dérivés nitrés. Si un traitement fibrinolytique est mis en œuvre, la pression artérielle doit être maintenue au-dessous de 185/110 mmHg.¹⁴

– Si l'accident cérébral est hémorragique, le traitement antihypertenseur

n'est démarré que lorsque la pression artérielle est supérieure à 180/105 mmHg.⁹ Compte tenu du risque de spasme artériel lorsqu'une artère ou une artériole est au contact d'une zone hémorragique, les antagonistes calciques (nimodipine) sont à privilégier en cas d'hémorragie intracérébrale. Le respect d'une pression artérielle élevée au décours immédiat d'un accident vasculaire cérébral, mais sous les seuils précédemment cités, reste recommandé à la lecture des études négatives qui ont testé l'intérêt d'une baisse précoce de la pression artérielle par un traitement médicamenteux à base d'ARA2.¹⁵

– Lors d'une éclampsie, le traitement de choix est le labétalol en intraveineux ainsi que la méthylidopa par voie orale.
– En cas de dégradation rapide de la fonction rénale, la nicardipine et l'urapidil sont à privilégier.

Bien sûr, le traitement spécifique de l'urgence est réalisé en parallèle au traitement antihypertenseur : revascularisation myocardique en cas de syndrome coronaire aigu, traitement chirurgical ou endovasculaire pour la majorité des syndromes aortiques aigus, extraction fœtale pour une éclampsie, ou hémodialyse en cas d'insuffisance rénale aiguë.

Comme pour la crise aiguë hypertensive, une hypertension artérielle secondaire est systématiquement évoquée. Si une cause est découverte, un traitement adapté est rapidement réalisé, parallèlement à celui de l'urgence hypertensive.

CONCLUSION

La prise en charge d'une hypertension artérielle sévère doit être rapide et adaptée. Après s'être assuré du niveau tensionnel (hypertension de grade 3), l'interrogatoire, l'examen clinique et quelques examens complémentaires adaptés à la situation permettent de différencier l'urgence hypertensive de la crise aiguë hypertensive. Alors que la prise en charge de la crise est le plus souvent ambulatoire avec un traitement par voie orale, celle de l'urgence nécessite une hospitalisation dans une unité spécialisée avec un traitement antihypertenseur intraveineux. La baisse tensionnelle est rapide mais non brusque, plus ou moins importante selon la situation clinique, et progressive. •

J.-P. Baguet déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

SUMMARY Management of hypertension recorded as at least 180/110 mmHg

Stage 3 hypertension (severe) is far from rare. It may be part of a previous hypertension condition which is difficult to control, or occur more acutely, in which case it will be harder for the patient to bear. When it is symptomatic and *a fortiori* one or more organs targeted by hypertension are affected, management must be fast and appropriate. It may take the form of a hypertensive urgency, in which case the investigations and treatment usually take place in outpatients, with oral treatment. It may also be a hypertensive emergency for which treatment involves hospitalization in an intensive care unit with intravenous anti-hypertensive treatment. A reduction in blood pressure must be obtained rapidly but not suddenly; it must be more or less significant depending on the clinical situation, and also progressive.

RÉSUMÉ Prise en charge d'une hypertension artérielle supérieure ou égale à 180/110 mmHg

L'hypertension artérielle de grade 3 (sévère) est loin d'être rare. Elle peut s'inscrire dans un contexte d'hypertension artérielle ancienne difficile à équilibrer ou s'être installée de façon plus aiguë, auquel cas elle est souvent moins bien supportée. Lorsqu'elle est symptomatique, et *a fortiori* en présence d'une atteinte de un ou plusieurs organes cibles de l'hypertension artérielle, sa prise en charge doit être rapide et adaptée. Il peut s'agir d'une crise aiguë hypertensive, auquel cas les explorations et le traitement sont le plus souvent réalisés en ambulatoire avec un traitement par voie orale. Il peut s'agir également d'une urgence hypertensive pour laquelle la prise en charge passe par une hospitalisation dans une unité spécialisée avec un traitement antihypertenseur par voie intraveineuse. La baisse tensionnelle doit être rapide mais non brusque, plus ou moins importante selon la situation clinique, et progressive.

RÉFÉRENCES

1. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of European Society of Cardiology (ESC). 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2007;25:1105-87.
2. Ortiz MR, Romo E, Mesa D, et al. Prognostic impact of baseline low blood pressure in hypertensive patients with stable coronary artery disease of daily clinical practice. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2012;14:537-46.
3. Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation. *Hypertension* 1996;27:144-7.
4. Lip GY, Beevers M, Beevers DG. Complications and survival of 315 patients with malignant-phase hypertension. *J Hypertens* 1995;13:915-24.
5. Simpson F, Gilchrist A. Prognosis in untreated hypertensive vascular disease. *Scot Med J* 1958;3:1-14.
6. Vaughan CJ, Delanty N. Hypertensive emergencies. *Lancet* 2000;356:411-7.
7. Varon J, Marik PE. Clinical review: The management of hypertensive crises. *Crit Care* 2003;7:374-84.
8. Elliott WJ. Management of hypertension emergencies. *Curr Hypertens Rep* 2003;5:486-92.
9. International Society of Hypertension Writing Group. International Society of Hypertension (ISH) Writing Group: Statement on the management of blood pressure in acute stroke. *J Hypertens* 2003;21:665-72.
10. Brott T, Bogousslavsky J. Drug therapy: treatment of acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2000;343:710-22.
11. Goldstein LB. Blood pressure management in patients with acute ischemic stroke. *Hypertension* 2004;43:137-41.
12. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, et al. Task force report. Diagnosis and management of aortic dissection. Recommendations of the task force on aortic dissection, European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2001;22:1642-81.
13. Adams HP, Adams RJ, Brott T, et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: A Scientific Statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke* 2003;34:1056-83.
14. Haute Autorité de santé. Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). Recommandations de bonne pratique, mai 2009. www.has-sante.fr
15. Sandset EC, Bath PM, Boysen G, et al.; SCAST Study Group. The angiotensin-receptor blocker candesartan for treatment of acute stroke (SCAST): a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *Lancet* 2011;377:741-50.